

MI PACIENTE TIENE...

RADICULOPATÍA LUMBOSACRA

María del Carmen Sánchez López
Juan Antonio Sánchez Sánchez



CONSIDERACIONES GENERALES

El término «radiculopatía» se refiere a la pérdida o disminución de la función sensitiva o motora de una raíz nerviosa. Los sitios de compresión o de daño a las raíces nerviosas son más frecuentes en las zonas de la columna que presentan mayor movilidad (niveles de C6-C7, C7-T1, L4-L5, L5-S1), y según origen de la raíz o nervio afectado, se puede dividir la radiculopatía en dos tipos fundamentales: la radiculopatía cervical (véase capítulo II.31b) y la RLS.

La RLS sería la condición en la que un proceso patológico afecta a la función de una o más raíces nerviosas lumbosacras. La afectación más frecuente es la de las raíces L5 y S1. Se denomina *ciática* al proceso clínico en el cual son las raíces lumbares inferiores (L4, L5 o S1) las afectadas.

La etiología más común de RLS es la compresión de la raíz nerviosa causada por una hernia discal o la estenosis degenerativa del canal lumbar (espondilosis). Otras posibles causas serían la compresión nerviosa por causa no esquelética y los mecanismos no compresivos tales como la diabetes, las enfermedades infecciosas, los trastornos inflamatorios, las neoplasias y la enfermedad vascular¹.

Los estudios realizados muestran tasas de prevalencia estimada de RLS que oscilan entre el 3 y el 5%² y el 5 y el 11%³ e, incluso, entre el 1,2 y el 43%, amplia variación que se justifica por las diferencias en las poblaciones estudiadas y las definiciones y métodos de recopilación de datos⁴.

No se han localizado datos sobre la prevalencia de dolor lumbar asociada a síntomas de radiculopatía en el ámbito de Atención Primaria en España.

En una revisión sistemática, la prevalencia media de la herniación discal hallada en pacientes con dolor lumbar en el ámbito de Atención Primaria fue del 55%⁵. En un estudio más reciente⁶, en el que se incluyeron 683 pacientes con dolor lumbar remitidos desde Atención Primaria para la realización de una RM lumbar, los informes de la RM describieron una hernia de disco en el 72% de los pacientes, y el 46% de estos pacientes tenían hernia de disco en múltiples niveles.

La prevalencia de síndrome de cauda equina o cola de caballo (compresión del cordón espinal secundario a herniación discal masiva en la línea media o patología tumoral que supone una emergencia quirúrgica)

entre los pacientes con hernia discal que se sometieron a cirugía fue del 1-2%, por lo que se estima que la prevalencia de este síndrome entre todos los pacientes con dolor lumbar es del 0,0004⁷. En cuanto a la estenosis espinal lumbar (EEL), en pacientes (media de edad de 65 años) remitidos de Atención Primaria por dolor o adormecimiento de extremidades inferiores, se halló una prevalencia de entre el 44 y el 47%⁸.

La presentación clínica de RLS varía según el nivel de la raíz o raíces nerviosas involucradas. En general, los síntomas descritos consisten en dolor, entumecimiento, hormigueo y/o debilidad muscular irradiados al territorio de inervación que corresponde a la raíz nerviosa afectada (véase figura en capítulo I.12). En el caso de la ciática, encontramos dolor, entumecimiento u hormigueo que se irradia por la cara posterior o lateral de la pierna, por lo general hasta el pie o el tobillo.



RENDIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

La elevada frecuencia con que se encuentra herniación discal (20-30%)⁵ o EEL (21-30% para la estenosis moderada y un 6-7% para la estenosis grave)⁸ en individuos asintomáticos que se someten a una prueba de imagen y el hecho de que en muchos casos los hallazgos radiológicos no se corresponden con el cuadro clínico del paciente ponen de relieve la importancia de la historia y del examen físico a la hora de establecer un plan terapéutico válido.

En las tablas 1-9 se muestran las pruebas físicas que pueden orientar la toma de decisión del clínico que se enfrenta a un paciente con dolor lumbar y sospecha de radiculopatía, respecto a su derivación para realizar pruebas de imagen obtener más información sobre la ubicación y la gravedad de la lesión y el valor potencial de la cirugía.

Un estudio publicado en enero de 2011³ aporta como novedoso el valor de la exploración física para orientar el diagnóstico del nivel de afectación de la raíz nerviosa, e incluso de la raíz específica, en pacientes con dolor radicular lumbosacro (véase tablas 5-8).

Con respecto al diagnóstico de EEL, además de lo indicado en la tabla 9, en una revisión sistemática de 2015⁹ se indica que en la historia clínica del paciente, los hallazgos que presentan un CP+ > 2 para el diagnóstico de EEL son: edad > 50; dolor en las extremidades inferiores o entumecimiento; alivio de los síntomas al sentarse/agacharse; y empeoramiento de los síntomas con la bipedestación/al caminar.

En el diagnóstico del síndrome de cauda equina^{7,10}, la presencia de retención urinaria mostró una elevada utilidad clínica con una sensibilidad de 90%, una especificidad de 95% y unos CP+ y CP- de 18 y 0,1, respectivamente. La historia de ciática (unilateral o bilateral), de déficit motor o sensorial o un test de elevación de la pierna recta positivo mostraron una sensibilidad > 80%. La sensibilidad de la anestesia en silla de montar fue del 75% y la de la disminución del tono del esfínter anal del 80%.

Tabla 1.

Rendimiento de síntomas y signos en el diagnóstico de radiculopatía lumbar¹²

SÍNTOMAS	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+	CP-	UTILIDAD
Debilidad	0,70	0,41	1,19	0,73	★★
Entumecimiento	0,68	0,34	1,03	0,94	★★
Hormigueo	0,67	0,31	0,97	1,06	★
Quemazón	0,40	0,60	1,0	1,0	★
Parestesias	0,30	0,58	0,71	1,21	★

SÍNTOMAS	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+	CP-	UTILIDAD
SIGNOS					
Disminución sensibilidad (a la vibración o al pinchazo)	0,50	0,62	1,32	0,81	★
Debilidad					
1. Gemelos-soleo	S1 = 0,47	S1 = 0,76	1,96	0,70	★
2. Extensor largo del primer dedo	L5 = 0,61	L5 = 0,55	1,36	0,71	★
3. Flexores de cadera	L3-L4 = 0,70	L3-L4 = 0,84	4,38	0,36	★★
4. Cuádriceps	L3-L4 = 0,40	L3-L4 = 0,89	3,64	0,67	★★
REFLEJOS (TEST POSITIVO SI EL REFLEJO ESTÁ AUSENTE)					
1. Aquileo	S1 = 0,83	S1 = 0,57	1,93	0,30	★★
2. Isquiotibial medial	L5 = 0,76	L5 = 0,85	5,07	0,28	★★
3. Rotuliano	L3-L4 = 0,88	L3-L4 = 0,86	6,29	0,14	★★
Alteración de reflejos, sensibilidad y debilidad	0,12	0,97	4,0	0,90	★★
Elevación de la pierna recta	0,98	0,44	1,75	0,05	★
Alteración de reflejos, sensibilidad, debilidad y test de elevación de la pierna recta (alteración de los cuatro hallazgos)	0,06	0,99	6,00	0,95	★★
Elevación de la pierna recta contralateral	0,43	0,94	7,2	0,61	★★
Reflejo aquileo	0,48	0,89	4,4	0,58	★★
Debilidad extensor largo del primer dedo del pie	0,54	0,89	4,9	0,52	★★
Atrofia de la pantorrilla	0,29	0,94	4,8	0,76	★★
Disminución de la sensibilidad	0,16	0,80	0,80	1,05	★★

Los resultados de un estudio¹¹ (cuyo objetivo fue evaluar el valor diagnóstico de la existencia de puntos gatillo en el cuadrante superior-lateral del área glútea para diferenciar dolor lumbar radicular versus dolor lumbar no radicular) revelan una especificidad de la prueba de valoración de puntos gatillo del 91,4% y una sensibilidad del 74,1%; el CP+ fue de 8,62 y el CP- fue de 0,28; los VPP y VPN fueron 91,9% y 72,7%, respectivamente.

Tabla 2.

Utilidad diagnóstica del test de slump femoral (Slump Knee Bend Test) en el diagnóstico de compresión de raíz nerviosa¹²

TEST	SENSIBILIDAD (IC 95%)	ESPECIFICIDAD (IC 95%)	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)	UTILIDAD
Slump femoral	1,00 (0,40-1,00)	0,83 (0,52-0,98)	6,00 (1,58-19,4)	0,0 (0,0-0,60)	★★

Tabla 3.
Rendimiento de síntomas y signos en el diagnóstico de herniación discal^{7,10}

SÍNTOMAS	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+	CP-	UTILIDAD
Ciática	0,95	0,88	7,9	0,06	★
SIGNOS					
Test de elevación de la pierna recta	0,80	0,40	1,3	0,5	★
Estimación ponderada de Deville¹³	0,91	0,26	1,2	0,3	★
Revisión sistemática Cochrane⁵	Estimación agrupada: 0,92 (IC 95%: 0,87-0,95)	Estimación agrupada: 0,28 (IC 95%: 0,18-0,40)			★★
Netter 2015¹²	0,52 (0,42-0,58)	0,89 (0,79-0,95)	4,73	0,54	★★
Test de elevación cruzada de la pierna recta	0,25	0,90	2,5	0,83	★★
Estimación ponderada de Deville¹³	0,29	0,88	2,4	0,80	★★
Revisión sistemática Cochrane⁵	Estimación agrupada: 0,28 (IC 95%: 0,22-0,35)	Estimación agrupada: 0,90 (IC 95%: 0,85-0,94)			★★
Test de Slump¹²	0,84 (0,74-0,90)	0,83 (0,73-0,90)	4,94	0,1	★★
Debilidad en la dorsiflexión del tobillo: herniación discal normalmente en el nivel L4-L5 (80%)	0,35	0,70	1,2	0,93	☆
SÍNTOMAS	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+	CP-	UTILIDAD
Debilidad en la dorsiflexión del primer dedo del pie: herniación discal normalmente en el nivel L5-S1 (60%) o L4-L5 (30%)	0,50	0,70	1,7	0,71	☆
Disminución del reflejo aquileo: herniación discal normalmente en el nivel L5-S1 ^a	0,50	0,60	1,3	0,83	☆
Déficit sensorial (figura 1): el área de pérdida predictora del nivel de herniación discal	0,50	0,50	1	1	☆
Disminución del reflejo rotuliano: en herniaciones lumbares superiores (2%)	0,50	ND			
Debilidad en la flexión plantar del tobillo	0,06	0,95	1,2	0,99	☆
Debilidad del cuádriceps (test levantarse con una única pierna): Radiculopatía de raíces superiores (L3-L4)			26 (IC 95% 1,7-413)	0,35 (IC 95% 0,22-0,56)	★★

^a En individuos de menos de 60 años, la ausencia del reflejo aumenta la especificidad; en mayores de 60 años, los déficits asociados a la edad reducen la especificidad de la disminución del reflejo aquileo en el diagnóstico de radiculopatía L5-S1.

Tabla 4.**Rendimiento clínico de la combinación de pruebas en el diagnóstico de herniación discal⁵**

COMBINACIÓN DE TEST	SENSIBILIDAD (IC 95%)	ESPECIFICIDAD (IC 95%)
Elevación de pierna recta + elevación cruzada de pierna recta + prueba de Bell ^a + prueba de hiperextensión ^b	0,16 (0,07-0,31)	0,91 (0,77-0,98)
Elevación de pierna recta + signos neurológicos	0,22 (0,14-0,31)	1,00 (0,92-1,00)
Elevación de pierna recta + elevación cruzada de pierna recta	0,23 (0,18-0,29)	0,98 (0,93-0,99)

^aPrueba de Bell positiva: el examinador puede reproducir o exacerbar el dolor habitual de la pierna al aplicar presión con el pulgar entre las vértebras L4/L5 o L5/S1 o en el área paraespinal cercana.

^bLa prueba se consideraba positiva si la ciática se reproducía o empeoraba al mover el tronco de forma pasiva con amplitud de flexión total y las rodillas extendidas.

Tabla 5.**Rendimiento del examen físico para el diagnóstico específico de la raíz nerviosa lumbar afectada³**

TEST DE EXPLORACIÓN FÍSICA	NIVEL DE AFECTACIÓN DE LA RAÍZ NERVIOSA EN LA RM	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)	UTILIDAD
Test de fuerza del femoral	L3	0,70	0,88	5,7 (2,3-4,4)	0,34 (0,13-0,89)	★★
Test cruzado de fuerza del femoral	L4	0,9	1	∞	0,91 (0,75-1,1)	★
Test de elevación de la pierna recta	L5	0,67	0,67	2,0 (1,1-3,5)	0,50 (0,25-1,0)	★
Test de elevación de la pierna recta	S1	0,73	0,63	2,0 (1,2-3,3)	0,43 (0,16-1,2)	★★
Test de Lasegue invertido (signo de Leri) ¹⁴	L3-L4	0,93	0,80	4,49 (3,30-6,12)	0,08 (0,07-0,10)	★★
Test de levantarse con una pierna	L3	0,50	0,77	2,2 (1,0-5,0)	0,65 (0,34-1,23)	★★
Test de levantarse con una pierna	L4	0,54	0,81	2,8 (1,2-6,1)	0,57 (0,31-1,1)	★★
Extensión del primer dedo del pie	L5	0,61	0,86	4,4 (1,8-11)	0,45 (0,25-0,82)	★★
Abducción de la cadera	L5	0,29	0,97	11 (1,3-84)	0,73 (0,53-0,99)	★★
Déficit de sensibilidad en la cara anterior del muslo	L2	0,50	0,96	13 (1,8-87)	0,52 (0,13-2,1)	★★
Déficit de sensibilidad en la zona medial del tobillo	L4	0,31	1	∞	0,69 (0,48-1,0)	★
Alteración del reflejo patelar	L5	0,39	0,95	7,7 (1,7-35)	0,65 (0,42-1,0)	★★
Alteración del reflejo aquileo	L5	0,33	0,91	3,9 (1,1-14)	0,73 (0,52-1,0)	★★

Tabla 6.
Rendimiento del examen físico para el diagnóstico del nivel de afectación de la raíz nerviosa lumbar³

TEST ^a	SENSIBILIDAD ^b	ESPECIFICIDAD	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)	SENSIBILIDAD ^c	ESPECIFICIDAD	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)	UTILIDAD
Test de la fuerza del femoral	0,5	1	∞	0,50 (0,34-0,75)	0	0,5	0	2,0 (1,3-3,0)	★
Test cruzado de la fuerza del femoral	0,5	1	∞	0,96 (0,87-1,1)	0	0,96	0	1,1 (1,0-1,2)	★
Sensibilidad al pinchazo en la parte medial del tobillo	0,17	1	∞	0,83 (0,70-1,0)	0	0,83	0	1,2 (1,0-1,4)	★
Reflejo rotuliano	0,28	1	∞	0,72 (0,56-0,92)	0	0,72	0	1,4 (1,1-1,8)	★
Reflejo aquileo	0,4	0,71	0,14 (0,02-1,0)	1,3 (1,1-1,7)	0,29	0,96	7,1 (0,96-53)	0,74 (0,58-0,95)	★★

^aSe han seleccionado aquellas pruebas que mostraron un CP+ estimado $\geq 5,0$ y un IC 95% $\geq 1,0$.

^bAtrapamiento de raíces medias lumbares (L2, L3, L4).

^cAtrapamiento de raíces lumbares inferiores (L5, S1).

Tabla 7.
Rendimiento de la combinación de pruebas de examen físico para el diagnóstico de la afectación de las raíces nerviosas lumbares medias (L2, L3, L4)^{3a}

COMBINACIÓN DE TEST	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)	UTILIDAD
Reflejo rotuliano/test de la fuerza del femoral	0,6	1	∞	0,40 (0,25-0,65)	—
Test de la fuerza del femoral/test de levantarse con pierna única	0,72	0,9	7,0 (2,3-21)	0,31 (0,17-0,59)	★★
Sensibilidad medial del tobillo/ reflejo rotuliano/ test de la fuerza del femoral	0,64	1	∞	0,36 (0,21-0,61)	★★
Sensibilidad medial del tobillo/test de la fuerza del femoral/test levantarse con pierna única	0,76	0,9	7,4 (2,5-22)	0,27 (0,13-0,54)	★★
Sensibilidad medial del tobillo/ reflejo rotuliano/ test de la fuerza del femoral/test de levantarse con pierna única	0,8	0,9	7,7 (2,6-23)	0,22 (0,10-0,49)	★★
Reflejo rotuliano/test de levantarse con pierna única	0,6	0,9	5,8 (1,9-18)	0,45 (0,27-0,73)	★★
Sensibilidad medial del tobillo/ reflejo rotuliano	0,4	1	∞	0,60 (0,44-0,83)	
Sensibilidad medial del tobillo/ reflejo rotuliano/ test de levantarse con pierna única	0,68	0,90	6,6 (2,2-20)	0,36 (0,20-0,64)	★★

^aSeleccionadas las combinaciones con CP+ estimado $\geq 5,0$.

Tabla 8.

Rendimiento de la combinación de pruebas del examen físico para el diagnóstico específico de la raíz nerviosa lumbar³ afectada^a

COMBINACIÓN DE TEST	RAÍZ AFECTADA	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)	UTILIDAD
Sensibilidad medial del tobillo/reflejo rotuliano	L4	0,63	0,95	12 (1,3-51)	0,41 (0,20-0,81)	★★
Sensibilidad medial del tobillo/reflejo rotuliano/test cruzado de la fuerza del femoral	L4	0,62	0,95	12 (3,1-52)	0,40 (0,20-0,81)	★★
Reflejo rotuliano/test cruzado de la fuerza del femoral	L4	0,38	0,95	7,9 (1,7-36)	0,65 (0,42-1,0)	★★
Reflejo aquileo/abducción de la cadera	L5	0,61	0,89	5,5 (2,0-15)	0,44 (0,24-0,79)	★★

^a Seleccionadas las combinaciones con CP+ estimado $\geq 5,0$.

Tabla 9.

Rendimiento de la historia y del examen físico para el diagnóstico de EEL^{8,10,12}

HISTORIA	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	CP+	CP-	UTILIDAD
Edad: > 65 años	0,77	0,69	2,5	0,33	★
No hay dolor en posición de sedestación	0,46	0,93	6,6	0,58	★★
Los síntomas mejoran mientras está sentado	0,52	0,83	3,1	0,58	
Alteración urinaria de causa no explicable	0,14	0,98	6,9	0,88	★★
Los síntomas mejoran al inclinarse hacia delante	0,52	0,92	6,4	0,52	★★
Dolor en las nalgas bilateral o dolor en la pierna	0,51	0,92	6,3	0,54	★★
Claudicación neurogénica ^a	0,82	0,78	3,7	0,23	★★
EXPLORACIÓN FÍSICA					
Marcha de base ancha	0,42	0,97	14	0,60	★★
Test de Romberg anormal	0,40	0,91	4,2	0,67	★★
Déficit de sensibilidad a la vibración	0,53	0,81	2,8	0,57	★★
Déficit de sensibilidad a la punción	0,47	0,81	2,5	0,66	★★
Debilidad (se evalúa la fuerza de los extensores de la rodilla, los flexores de la rodilla y los músculos largos del dedo gordo)	0,47	0,78	2,1	0,68	★★
Ausencia del reflejo aquileo	0,46	0,78	2,1	0,69	★★
TEST DIAGNÓSTICOS					
Prueba de la cinta de dos etapas ^b	0,50 (0,38-0,63)	0,92 (0,78-1,00)	6,46 (3,1-13,5)	0,54	★★

^a Dolor o molestias al caminar o permanecer de pie de forma prolongada, que se irradia a una o ambas extremidades inferiores y, por lo general, se alivia con el reposo o la flexión lumbar.

^b Los pacientes deambulan en una cinta de correr que primero está nivelada (0 °) y en la segunda etapa está inclinada (15 °), durante 10 minutos (entre ambas etapas el paciente descansa sentado durante 10 minutos). Positiva si el tiempo que camina hasta el inicio de los síntomas es mayor cuando la cinta está inclinada.



SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Entre los factores clínicos que se han estudiado como predictores de la evolución de la lumbalgia, la presencia de una prueba positiva de elevación de la pierna recta se ha asociado a cronicidad y la irradiación del dolor a recurrencia (OR: 1,43; IC 95%: 1,01-2)⁵. En la tabla 10 se describe el rendimiento diagnóstico de la presencia de dolor en la pierna o signos de radiculopatía en la predicción de dolor lumbar crónico incapacitante¹⁶:

Tabla 10.
Rendimiento diagnóstico de signos en la predicción de dolor lumbar crónico incapacitante¹⁶

SÍNTOMA/SIGNO	MOMENTO DE EVALUACIÓN	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)	NÚMERO DE ESTUDIOS
Dolor en la pierna o radiculopatía (frente a su ausencia)	A los 3-6 meses	1,4 (1,1-1,7)	0,63 (0,52-0,93)	5
Dolor en la pierna o radiculopatía (frente a su ausencia)	Al año	1,4 (1,2-2,4)	0,82 (0,54-0,94)	7



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hsu P, Armon C, Levin K. Acute lumbosacral radiculopathy: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis. This topic last updated: May 21, 2019. Shefner JM, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [Internet.] Disponible en: <http://www.uptodate.com>
2. Tarulli AW, Raynor EM. Lumbosacral radiculopathy. Neurol Clin. 2007;25(2):387-405.
3. Suri P, Rainville J, Katz JN, Jouve C, Hartigan C, Limke J, et al. The accuracy of the physical examination for the diagnosis of midlumbar and low lumbar nerve root impingement. Spine (Phila Pa 1976). 2011 1;36(1):63-73.
4. Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA. Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults. In: UpToDate, Rose BD, editor, upToDate, Waltham MA, 2011.
5. Daniëlle AWM, Van de Windt DA, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Arianne P, et al. Examen físico de la radiculopatía lumbar debida a herniación discal en pacientes con dolor lumbar (Revision Cochrane traducida). [Internet.] En: Biblioteca Cochrane Plus. Número 2. Oxford: Update Software Ltd.; 2010. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 2 Art no. CD007431. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2010.)
6. de Schepper EI, Koes BW, Veldhuizen EF, Oei EH, Bierma-Zeinstra SM, Luijsterburg PA. Prevalence of spinal pathology in patients presenting for lumbar MRI as referred from general practice. Fam Pract. 2016 Feb;33:51-6.
7. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the medical history and physical examination tell us about low back pain? In: Simel DL, Rennie D, Jamaevidence. The Rational Clinical examination. Evidence-based clinical diagnosis. New York: McGraw Hill; 2009.
8. Suri P, Rainville J, Kalichman L, Katz JN. Does this older adult with lower extremity pain have the clinical syndrome of lumbar spinal stenosis? JAMA. 2010;304(23):2628-36.
9. Shultz S, Averell K, Eickelman A, Sanker H, Donaldson MB. Diagnostic accuracy of self-report and subjective history in the diagnosis of low back pain with non-specific lower extremity symptoms: A systematic review. Man Ther. 2015 Feb;20(1):18-27.
10. Stem S, Cifu A, Altkorn D. I have a patient with low back pain. How do I determine the cause? In: Stern. Symptom to diagnosis. An evidence-based Guide. Lange-McGrawHill; 2010.
11. Adelmanesh F, Jalali A, Shirvani A, Pakmanesh K, Pourafkari M, Raissi GR, Shir Y. The Diagnostic Accuracy of Gluteal Trigger Points to Differentiate Radicular From Nonradicular Low Back Pain. Clin J Pain. 2016 Aug;32(8):666-72.
12. Netter's Orthopaedic Clinical Examination. 3.^a edition. Thoracolumbar Spine, Chapter 4, 147-221. Elsevier; 2015. p. 147-221.
13. Devillé WL, Van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasègue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine (Phila Pa 1976). 2000 May 1;25(9):1140-7.
14. Mostofi K, Gharai Moghaddam B, Karimi Khouzani R, Daryabin M. The reliability of LERI's sign in L4 and L5 radiculargia. J Clin Neurosci. 2018 Apr;50:102-4.

15. Pérez I, Alcorta I, Aguirre G, Aristegi G, Caso J, Esquisabel R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
16. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? JAMA. 2010 Apr 7;303(13):1295-302.

PUNTOS CLAVE

- Cuando se emplean aisladamente, el rendimiento diagnóstico de la mayoría de las pruebas del examen físico es pobre para identificar la causa de radiculopatía (utilizando como patrón de referencia los hallazgos quirúrgicos o de pruebas de imagen [TC/RM]).
- La combinación de varias pruebas positivas aumenta la especificidad de los exámenes físicos.
- No está clara hasta el momento la utilidad diagnóstica de las pruebas físicas que se realizan a la población atendida en Atención Primaria y a otros grupos de pacientes no seleccionados, puesto que la evidencia es escasa.